

DE LA COEXISTENCE
DU
FIBROME DE L'UTÉRUS
ET DU
CANCER DU GROS INTESTIN

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le jeudi 17 Janvier 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PERPER (Ihil)

né le 25 décembre 1908, à Tarutino (Roumanie)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. MICHEL, Professeur	Président.
		JEANDELIZE, Professeur. .	Juges.
		JOB, Professeur	
		BINET, Agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY

IMPRIMERIE GEORGES THOMAS

28, Rue de Solignac

1935



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE LA COEXISTENCE
DU
FIBROME DE L'UTÉRUS
ET DU
CANCER DU GROS INTESTIN

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le jeudi 17 janvier 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PERPER (Ihil)

né le 25 décembre 1908, à Tarutino (Roumanie)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. MICHEL, Professeur	Président.
		JEANDELIZE, Professeur. . .	Juges.
		JOB, Professeur.	
		BINET, Agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
28, Rue de Solignac
1935

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. OKINCZYC

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon
Chevalier de la Légion d'honneur

*A tous ceux
qui par leur enseignement ou par leur exemple
ont contribué à ma formation médicale*

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR GASTON MICHEL

Professeur de Clinique Chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

A mes Juges:

M. LE PROFESSEUR JEANDELIZE

Professeur de Clinique Ophtalmologique
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR JOB

Chargé du Cours d'Accouchement à la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BINET

Chargé du Cours Clinique de Gynécologie à la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qu'ils veuillent bien accepter ici nos re-
merciements et l'hommage de nos sen-
timents les plus respectueux.*

lieu à l'étranglement interne et amener la mort ». Et il cite à l'appui de son assertion des observations de HOLTHOUSE et DUCHAUSSOY qui datent de 1852 et de 1875.

De même DELBET a écrit :

« Les tumeurs enclavées donnent lieu à des phénomènes graves qui vont jusqu'à obstruction complète ».

BÉGOUIN s'exprime de la façon suivante :

« Les fibromes pelviens ou abdominaux volumineux occasionnent des phénomènes de compression qui peuvent devenir graves : accidents d'occlusion intestinale aiguë ou chronique ».

Ed. SCHWARTZ est plus réservé ; il dit au sujet de la symptomatologie des fibromes :

« Une série d'infirmités vient rendre ainsi à la malade la vie extrêmement pénible jusqu'au moment où une occlusion intestinale, de graves accidents urémiques mettent en quelques heures son existence en danger ». Mais il ajoute : « L'occlusion intestinale aiguë et complète est relativement rare ».

Actuellement on doit admettre que dans le fibrome seul en dehors des phénomènes d'irritation ou d'inflammation péritonéale surajoutée, en dehors de la torsion, qui augmentent brusquement le volume de ces tumeurs, l'occlusion doit être exceptionnelle, si même elle existe. Et on peut dire avec OKINCZYC :

« La tolérance de l'intestin à la compression large par une tumeur d'un autre organe est certainement très grande ; surtout si la croissance de la tumeur est lente, progressive, l'adaptation de l'intestin est presque illimitée.

Il peut y avoir de la gêne à l'évacuation des matières, de la stase par rétention, en un mot de la constipation, mais l'occlusion vraie avec arrêt complet des matières et surtout des gaz doit relever d'une autre étiologie que de la simple compression.

Cette cause se présente souvent sous la forme d'un cancer intestinal.

Dans ce court résumé de l'historique, nous voyons que les conceptions étiologiques sur les phénomènes d'occlusion qui compliquent certains fibromes ont sensiblement évolué. En effet, nous allons rapporter un certain nombre d'observations de fibromes compliqués d'occlusion où l'examen clinique complété par l'intervention chirurgicale a toujours montré que la cause de l'occlusion résidait dans une tumeur intestinale surajoutée.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Deux des observations qui suivent ont été publiées par M. le Professeur OKINCZYC, qui a bien voulu nous communiquer quelques renseignements complémentaires au cours d'un entretien qu'il nous a accordé.

Une autre observation est due à notre Maître, M. le Professeur BINET, elle a été l'origine du présent travail.

La quatrième observation nous a été aimablement communiquée par M. Pierre BERTRAND, Chef de Clinique chirurgicale, du service de notre Maître, M. le Professeur Gaston MICHEL.

Enfin, nous citons un cas observé par M. MÉTIVET, Chirurgien des Hôpitaux de Paris et rapporté par lui à la séance de la Société de Chirurgie de Paris, lors de la discussion qui a suivi la communication de M. le Professeur OKINCZYC.

OBSERVATION I

(BINET, *Bulletin de la Soc. d'Obstétr. et de Gynécol.*, 1930.)

Mme R..., 41 ans, de constitution robuste et sans passé pathologique, souffre depuis quelques mois de crises répétées de sub-occlusion intestinale. Elle éprouve pendant quelques jours, généralement avant ses règles, du ballonnement abdominal avec arrêt des matières et des gaz ; puis l'intestin fonctionne à nouveau et l'état de santé redevient satisfaisant.

Toutefois, le 23 décembre 1929, une crise d'occlusion intestinale plus marquée que d'habitude se produit. Le ballonnement du ventre s'accroît de jour en jour, l'arrêt des matières et des gaz est complet, quelques nausées, puis des vomissements surviennent.

Un de nos confrères, chirurgien, est appelé par le médecin traitant à examiner la malade. Il diagnostique une occlusion intestinale venant compliquer un fibrome utérin et en raison de l'état assez alarmant de la malade conseille une entérostomie d'urgence. Cet avis n'est pas accepté par la malade, très pusillanime, et quarante-huit heures s'écoulent pendant lesquelles les symptômes s'aggravent encore. Le mari de Mme R., à qui j'avais donné des soins il y a quelques années, me demande alors d'examiner sa femme.

Je suis frappé immédiatement par la distension de l'abdomen, comparable à celui d'une primipare à terme. A la percussion, je note du tympanisme généralisé. Le faciès de la malade est peu altéré, le pouls bien frappé à 80 pulsations, mais la malade a des vomissements brunâtres, non fécaloïdes.

En raison de la distension gazeuse des anses abdominales, l'examen de l'appareil génital et, en particulier, le palper bimanuel, ne donne que fort peu de renseignements. L'utérus semble très volumineux et peu mobile.

Le toucher rectal confirme ces renseignements, mais on ne perçoit sur le rectum aucun rétrécissement.

J'insiste sur la nécessité d'une intervention chirurgicale et

je finis par obtenir l'acquiescement de la malade. Je pratique cette opération le 31 décembre 1929, soit huit jours après le début des accidents d'occlusion intestinale. J'avais à choisir entre deux méthodes opératoires, soit l'entérostomie simple, soit la laparotomie avec recherche de l'obstacle.

Sauf dans les cas où l'état général est fortement compromis, où il existe une hypotension notable, je pratique la laparotomie médiane exploratrice qui permet de reconnaître le siège et la nature exacte de l'obstacle et d'agir en connaissance de cause.

Je fais suivre parfois cette laparotomie de l'entérostomie qui assure le drainage de l'intestin.

Cette laparotomie et la recherche de l'obstacle est singulièrement facilitée quel que soit le degré de la distension intestinale, par la rachianesthésie.

A mon avis, l'occlusion intestinale constitue une des indications les plus intéressantes de la rachianesthésie dans tous les cas où l'état général n'est pas trop défailant.

Chez notre malade, l'intervention chirurgicale est conduite de la façon suivante :

1° Anesthésie rachidienne avec 10 centigrammes de syncaïne. Le mélange anesthésique est préparé extemporanément par dissolution de syncaïne cristallisée dans le liquide céphalo-rachidien.

Comme il s'agit d'une malade très pusillanime et peu docile, on lui fait respirer en outre, pour la forme, quelques bouffées de mélange de Schleich. La malade est mise en position de Trendelenbourg. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le ventre ouvert, on trouve des anses intestinales surdistendues, les anses grêles sont du diamètre de l'avant-bras, le gros intestin et, en particulier, le côlon sigmoïde est plus volumineux encore. Malgré cet énorme météorisme, l'intervention se déroule sans incident, car le silence abdominal est complet. Les anses peuvent être doucement refoulées vers le diaphragme et protégées par un lit de champs opératoires.

On aperçoit alors un kyste de l'ovaire gauche du volume d'une tête d'enfant. A droite, il existe un hydrosalpinx. Les annexes sont enlevées rapidement et on voit l'utérus fibromateux de forme assez régulière et du volume également d'une tête d'enfant. On attire l'utérus avec une pince à griffe et on perçoit au niveau du Douglas des brides multiples, et derrière ces brides une zone indurée, cartonnée, semblant faire corps avec le gros intestin. Je pratique une hystérectomie subtotale, puis je sectionne les brides qui cravatent l'extrémité inférieure du côlon pelvien, et je découvre alors à la limite du côlon pelvien et du rectum un cancer en virole.

J'essaie d'attirer la portion de l'intestin, siège de la tumeur, mais je n'insiste pas, car l'intestin ne se laisse pas mobiliser à ce niveau. Je me contente d'amener une anse du côlon sigmoïde au niveau de la fosse iliaque gauche et de l'extérioriser en vue d'un anus iliaque ultérieur.

Je place un Mikulicz dans le Douglas avec un gros drain et deux mèches, et je ferme la paroi abdominale en quatre plans de suture, en ménageant à la partie déclive de l'abdomen le passage du Mikulicz.

Les suites opératoires ont été plus simples que je n'osais l'espérer. Dès le lendemain de l'opération, la malade émettait en abondance des gaz par l'anus et le ballonnement abdominal diminuait à vue d'œil. Le surlendemain il y eut une véritable débâcle stercorale. Aussi, je pus attendre une huitaine de jours avant d'ouvrir le côlon sigmoïde extériorisé au niveau de la fosse iliaque gauche. Cette dérivation des matières me permettait de désinfecter la tumeur intestinale avant de procéder à son extirpation par voie abdomino-périnéale.

Le Mikulicz a été enlevé au sixième jour. La plaie opératoire s'est cicatrisée sans incidents.

La malade recouvra progressivement des forces. Actuellement, elle a repris de l'embonpoint, elle vaque à ses occupations, peut faire d'assez longues courses. Son mari lui a ingénieusement et économiquement confectionné un appareil pour anus iliaque, fait d'une ceinture taillée dans une vieille cham-

bre à air d'auto, et d'une poche confectionnée avec une chambre à air de moto.

Je m'étais proposé de procéder secondairement à l'extirpation de la tumeur intestinale, mais les examens ultérieurs m'ont montré qu'en raison de l'extension du néoplasme, des adhérences, cette extirpation ne pouvait être utilement tentée.

Notre malade est morte deux ans après l'opération de cachexie progressive néoplasique.

OBSERVATION II

(OKINCZYK, *Bulletin de la Société nationale de Chirurgie*, 1930.)

Le 19 novembre 1929, une malade de 44 ans est adressée à la consultation de mon service, avec le diagnostic de fibrome utérin.

Cette malade, maigre, fatiguée, se plaint de ménorragies abondantes, surtout depuis un an. Les règles ont augmenté en quantité et en durée; pas de métrorragies dans l'intervalle des règles; la malade n'accuse aucune douleur, elle se plaint seulement de pesanteur dans le bas-ventre et d'une constipation opiniâtre.

Dans les antécédents, nous relevons en 1922 des ménorragies et des métrorragies qui ont cédé spontanément; en 1924, une intervention pour polype utérin.

A l'examen, pratiqué le 19 novembre, le ventre n'est pas augmenté de volume. Au palper on sent au-dessus de la symphyse une petite tumeur arrondie, dure, mobile qui a les caractères d'un fibrome utérin.

Au toucher vaginal, le col est régulier, conique, un peu abaissé; l'orifice, fermé, regarde dans l'axe du vagin.

Par le palper bimanuel on sent le corps utérin en antéflexion plaqué derrière la symphyse. Dans le cul-de-sac postérieur, séparé de l'utérus par un sillon, on sent une masse assez volumineuse, dure, régulièrement arrondie, peu mobile, et qui

en tous cas ne se mobilise pas autant que l'utérus. Une autre tumeur est perçue en avant et se mobilise avec l'utérus.

Les culs-de-sac sont souples.

Au toucher rectal, on sent la masse du Douglas, qui fait une saillie très marquée dans le rectum et s'étend jusqu'au sacrum, comprimant le rectum.

Diagnostic: fibromes utérins, dont un postérieur avec tendance à l'enclavement.

Nous conseillons l'opération à la malade, qui préfère différer l'intervention.

Le 27 novembre 1929, soit huit jours plus tard, elle est ramenée d'urgence dans mon service pour des phénomènes de sub-occlusion.

Elle n'a pas été à la selle depuis quatre jours, mais il n'y a jamais eu arrêt complet des gaz. La malade ne souffre pas, ne vomit pas.

A l'examen, l'abdomen présente un certain météorisme, avec sonorité tympanique à la percussion. Au palper, le ventre est souple, non douloureux.

Quand on l'interroge, la malade déclare qu'elle n'est jamais demeurée si longtemps sans aller à la selle; mais jamais il n'y a eu de sang ni de glaires dans les selles.

Le pouls est à 120, la température à 38°.

Le toucher vaginal fournit exactement les mêmes renseignements qu'au précédent examen.

Convaincu, en l'absence d'autres signes, qu'il s'agit d'une compression du rectum, mais que l'occlusion complète n'est pas à redouter, je fais donner des laxatifs et administrer des lavements évacuateurs, qui ne donnent aucun résultat. Le 30 novembre, les gaz cessent de passer, les anses se dessinent sous la paroi, avec des mouvements péristaltiques visibles. Il n'y a plus à hésiter, et j'interviens aussitôt.

Toujours persuadé que ce syndrome d'occlusion est difficilement réalisé par une simple compression d'un fibrome, qui d'ailleurs garde encore une certaine mobilité, je tente une dernière épreuve: je pratique une rachianesthésie. S'il ne s'agit

vraiment que d'une compression, la débâcle va se produire, ce qui facilitera d'ailleurs une opération qui, en raison du météorisme, s'annonce malaisée.

La débâcle ne se produit pas ; sans plus attendre, j'interviens par coeliotomie médiane sous-ombilicale. Les anses intestinales distendues gênent l'exploration, mais le diagnostic de fibrome utérin se confirme ; il y a deux tumeurs fibreuses ; l'une antérieure, l'autre postérieure plus volumineuse, enclavée sans pression exagérée dans le pelvis. L'extériorisation en est assez facile. Malgré le désenclavement, il ne se produit aucun passage de gaz ni de matières dans le rectum. Il est donc à peu près certain que le fibrome n'est pas cause de l'occlusion et qu'il faut chercher ailleurs. Mais le champ opératoire, déjà réduit par les anses intestinales distendues, est maintenant encombré par le fibrome extériorisé. Pour donner du jour, la meilleure solution est de pratiquer une hystérectomie, ce que je fais aussi rapidement que possible, assez gêné par les anses intestinales difficilement contenues et protégées. L'utérus et ses fibromes enlevés, l'exploration devient malgré tout plus facile, et je puis sentir dans la fosse iliaque gauche un squirrhe du côlon pelvien. Son méso, court, ne se laisse pas amener dans mon incision médiane.

Pour gagner du temps, dans cette opération qui va être prolongée par l'extériorisation du cancer intestinal, je renonce à péritoniser au siège de l'hystérectomie, me contentant de mettre en place un drainage à la Mikulicz et je suture la paroi en un plan sur la ligne médiane.

Grâce à l'anesthésie rachidienne, toute cette première partie de l'opération est bien supportée.

J'incise alors dans la fosse iliaque gauche. L'anse pelvienne du côlon qui porte la tumeur est extériorisée. Le méso est lié et sectionné aussi loin que possible. Les deux pieds de l'anse sont affrontés en canon de fusil, le péritoine suturé au pourtour. Puis l'anse est écrasée de part et d'autre de la tumeur à bonne distance et sectionnée. Je place un tube de

Paul dans le bout afférent, je laisse l'écraseur en place sur le bout efférent. Pansement.

Le traitement post-opératoire a surtout consisté en injections intraveineuses de sérum hypertonique. Assez rapidement tout rentre dans l'ordre; l'évacuation intestinale se fait régulièrement. Le tube de Paul tombe le quatrième jour; le même jour, l'écraseur du bout efférent est enlevé et je réunis, par quelques points au fil de lin, les deux bouts de l'intestin pour achever leur adossement sur la moitié de leur circonférence.

Le Mikulicz est enlevé facilement le sixième jour et je fais une première application de l'entérotome le neuvième jour.

Tout se passe très régulièrement jusqu'au quinzième jour. Dans l'après-midi du 15 décembre, la malade est prise brusquement de nausées, en même temps que le ventre se météorise et que la température s'abaisse à 36°8. L'anus artificiel cesse de fonctionner, des vomissements abondants apparaissent.

Je vois la malade le 16 décembre au matin, avec les signes d'une nouvelle occlusion, qui paraît cette fois de siège élevé; un vomissement nettement fécaloïde confirme ce diagnostic.

J'interviens aussitôt sous-anesthésie générale. Cœliotomie médiane sous-ombilicale. L'intestin grêle est fortement distendu par des liquides et des gaz. Je fais une ponction de l'anse la plus distendue et une évacuation aussi abondante que possible. L'exploration devient alors facile, sans éviscération et sans brassage. L'intestin grêle, dans sa portion terminale, adhère dans le fond du Douglas et dessine une coudure à angle aigu qui empêche complètement le passage des matières et des gaz. Sans essayer de libérer l'adhérence, je pratique entre l'anse afférente distendue et l'anse efférente aplatie, une entéro-anastomose latéro-latérale. Fermeture de la paroi en un plan.

Après quelques nouvelles injections intraveineuses de sérum hypertonique, les suites sont très simples et la malade se remet très rapidement, si bien que je fais une seconde application de l'entérotome le 13 janvier.

Dans les jours qui suivent, la malade va spontanément à la selle par l'anus normal. Mais pour clore plus rapidement cette histoire déjà longue, le 25 janvier, je pratique, à l'anesthésie locale, la fermeture de l'anus iliaque.

Actuellement, la cicatrisation est complète et la malade recommence à se lever; elle quittera l'hôpital dans quelques jours.

L'examen histologique de la tumeur intestinale a confirmé sa nature épithéliomateuse: il s'agit d'un épithélioma glanduliforme à cellules prismatiques ou cylindriques, avec envahissement de toute l'épaisseur de la paroi.

La malade est morte fin 1933, de généralisation et métastases hépatiques.

OBSERVATION III

(OKINCZYC, *Bulletin de la Société nationale de Chirurgie*, 1933.)

Mme C..., 52 ans, vient me consulter le 18 février 1933. C'est une ancienne cliente que j'ai déjà examinée en 1925. Elle s'était, à cette époque, aperçue, par hasard, de l'existence d'une tumeur dans le bas-ventre, faisant saillie dans la fosse iliaque gauche. Elle n'a jamais souffert. Régliée à 11 ans, les époques ont toujours été régulières. Jamais ni ménorragies, ni métrorragies. Un peu de leucorrhée depuis 1924. Ni grossesse, ni fausse couche. La malade a toujours joui d'une bonne santé, et n'a constaté ni fléchissement, ni amaigrissement.

A l'examen, le 27 juin 1925, l'abdomen, dès l'inspection, paraît quelque peu saillant, légèrement asymétrique. Le palper révèle, à gauche de l'hypogastre, une tumeur dure et mobile qui semble plonger dans le pelvis.

Au toucher, le col est régulier avec son orifice dévié vers la gauche.

Par le palper bimanuel on perçoit une grosse tumeur, multilobée, mobile, dont les mouvements se transmettent au col.

Une grosse bosselure fait saillie à gauche dans la fosse iliaque. La consistance de cette bosselure est plus dure que dans le reste de la tumeur.

A ce moment, la malade n'accepte pas l'idée d'une intervention et je ne la revois plus jusqu'en février 1933.

Je la revois le 18 février 1933, accompagnée par son médecin qui me relate les incidents récents qui motivent cette nouvelle consultation.

Il y a un mois environ, sans aucun trouble prémonitoire, sans troubles intestinaux, sans constipation plus marquée, éclate brusquement une crise d'occlusion, avec arrêt complet des matières et des gaz, météorisme, douleurs et vomissements.

Au bout de deux jours, tout rentre spontanément dans l'ordre; les selles redeviennent régulières et il n'y a eu émission ni de sang, ni de glaires.

Le médecin ayant constaté, au cours de cet accident, que le fibrome a très notablement augmenté de volume, conseille à la malade de revenir me consulter. Le ventre est maintenant plus gros, plus saillant qu'en 1925; le fibrome est visible dès l'inspection. Au palper, on sent une tumeur volumineuse qui remplit tout l'hypogastre; la bosselure du côté gauche s'est étendue et atteint le flanc gauche. Au toucher, on distingue assez nettement deux tumeurs: celle du flanc gauche qui est dure, arrondie, assez mobile, et une autre incluse dans le pelvis, mais remontant jusqu'à l'hypogastre, émergeant à droite, de consistance molle et peu mobile.

En raison des accidents d'occlusion, qui éveillent dans mon esprit un doute sur l'intégrité de l'intestin, malgré la régularité des fonctions intestinales aussi bien avant qu'après la crise d'occlusion, en raison aussi de l'augmentation du volume du fibrome, je conseille formellement l'intervention qui est acceptée cette fois sans plus tarder.

Les examens des urines, du sang ne fournissent aucune contre-indication à l'intervention. L'urée sanguine est de 0,35; il n'y a ni sucre, ni albumine dans l'urine. Opération le 1^{er} mars 1933.

Cœliotomie médiane sous-ombilicale. Sous la masse du fibrome, l'intestin n'est pas visible. Nous extériorisons assez facilement la bosselure gauche du fibrome, mais tout le segment inférieur de l'utérus est déformé par un second fibrome volumineux, de consistance molle et entièrement inclus dans le ligament large. Nous procédons à son énucléation méthodique par dédoublement du ligament large, et nous pratiquons une hystérectomie subtotale. A ce moment, l'opération peut être considérée comme terminée, après une péritonisation complète.

L'intestin libéré des champs ne présente rien d'anormal; mais, instruit par l'expérience, nous procédons à son exploration méthodique. Presque aussitôt, nous découvrons à la partie supérieure du côlon sigmoïde un noyau dur qui occupe le bord mésentérique du côlon et qui a tous les caractères d'un noyau néoplasique. Mais cette localisation sur le bord mésentérique nous rappelle l'aspect des noyaux métastatiques déjà observés dans les cancers multiples de l'intestin et nous poursuivons l'exploration; nous trouvons alors au niveau de l'angle splénique du côlon une grosse tumeur complètement adhérente, et ayant envahi le tissu sous-péritonéal postérieur.

Nous ne pouvons, en raison de l'extension locale, et en raison du noyau métastatique constaté sur le côlon sigmoïde, envisager une exérèse. Pour parer à de nouveaux accidents d'occlusion, une dérivation seule est rationnelle. Nous donnons la préférence à une dérivation interne par entéro-anastomose. Le côlon transverse très mobile, très ptosé, se prêtant à la chose, nous faisons une entéro-anastomose latéro-latérale entre le côlon transverse et le segment inférieur du côlon sigmoïde, en trois plans.

La paroi est fermée en trois plans, sans aucun drainage. La guérison est obtenue dans les délais habituels, sans aucun incident.

Nous avons revu la malade en novembre 1933, pour un phlegmon gangréneux de la région lombaire gauche. Incisé, le phlegmon a guéri. Mais le néoplasme a végété en dehors et la malade est morte de cachexie en octobre 1934.

OBSERVATION IV

(Inédite ; service du professeur MICHEL.)

Le 5 novembre 1934, une malade, Mlle D..., est envoyée dans le service de M. le professeur Michel avec le diagnostic de sub-occlusion intestinale. Il s'agit d'une femme de 48 ans qui est venue consulter parce qu'elle souffre, depuis six mois environ, d'une constipation qui ne fait qu'augmenter malgré tous les traitements médicaux essayés en vain.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade n'est pas allée à la selle depuis huit jours et les émissions de gaz se sont raréfiées tous les jours en même temps qu'elle a vu son abdomen augmenter de volume. L'examen de la malade montre que son abdomen est un peu distendu et contraste avec le reste du corps, très amaigri.

La palpation et la percussion permettent de se rendre compte que ce gros ventre est dû à la coexistence d'un ballonnement considérable de l'intestin et en particulier du cadre colique, et d'un gros utérus remontant à mi-chemin entre le pubis et l'ombilic. Le toucher vaginal et l'interrogatoire de la malade sur son passé gynécologique montre qu'il s'agit d'un assez gros fibrome utérin compliqué ou plutôt coexistant avec un syndrome d'occlusion intestinale subaiguë, dont il reste à faire le diagnostic étiologique. Le toucher vaginal ne donne pas d'autres précisions d'ailleurs à ce sujet. Par contre, le toucher rectal permet de sentir, à bout de doigt, très haut dans le fond de la cavité sacrée, la présence, dans les parois rectales et surtout en avant, vers le cul-de sac de Douglas, de zones indurées dont on ne peut évidemment préciser les limites supérieures.

Devant un tel syndrome clinique et quoique l'interrogatoire de la malade ne nous ait pas révélé l'existence d'entérorragies ou de selles glaireuses dans les semaines précédentes, nous rejetons le diagnostic d'occlusion par simple compression du recto-sigmoïde par la tumeur fibreuse pour adopter

celui de fibrome utérin avec cancer sténosant de la jonction recto-sigmoïdienne, ou contact de la tumeur fibreuse.

Le développement du fibrome vers la concavité sacrée ne permet pas de voir les lésions intestinales par la rectoscopie. L'examen clinique est cependant complété par un examen radiologique qui montre que le lavement bismuthé ne peut franchir, de bas en haut, le rétrécissement du haut-rectum perçu par le toucher rectal.

L'occlusion n'étant pas complète, quelques gaz passent encore, et l'état général ne paraissant pas trop mauvais, on décide de ne pas se contenter de faire une simple entérostomie iliaque gauche, mais on se propose de faire si possible, une hystérectomie puis une résection du recto-sigmoïde avec anus iliaque gauche définitif selon la technique de Hartmann. Anesthésie générale par inhalation de liquide de Schleich avec un masque d'Ombredanne. Position de Trendelenbourg, laparotomie médiane sous-ombilicale, le ventre ouvert on trouve un gros fibrome libre en avant mais sur la face postérieure duquel adhérent le gros épiploon qu'on resèque facilement, puis des anses grêles un peu dilatées qu'on libère difficilement d'une masse formée par un volumineux néoplasme de la jonction recto-sigmoïdienne. Le processus néoplasique a traversé le péritoine viscéral péri-sigmoïdien et a envahi la face postérieure du fibrome en comblant le cul-de-sac de Douglas et en s'étendant sur les côtés vers les bases des ligaments larges. Comme les anses grêles, le cadre colique est modérément dilaté; aussi étant donné l'extension des lésions, toute tentative d'exérèse étant impossible, on se contente d'achever la libération des adhérences non sténosantes des anses grêles, puis on termine l'intervention par l'extériorisation de la partie haute de l'anse sigmoïde dans la fosse iliaque gauche en vue de faire une entérostomie.

La malade est relativement peu choquée après l'opération; le soir même de l'intervention, on fistule l'anse sigmoïde extériorisée par une pointe de thermocautère. Mais le lendemain et les jours suivants, malgré toutes les tentatives faites pour

relever l'état général et quoique l'anüs contre nature qui a été plus largement ouvert le deuxième jour fonctionne bien, la malade meurt le quatrième jour.

OBSERVATION V

(Rapportée par M. MÉTIVET.)

J'ai eu l'occasion d'intervenir chez une malade, porteuse d'un fibrome enclavé et présentant de petits phénomènes d'obstruction intestinale, sans hémorragies, sans émission de glaires par l'anüs.

Après avoir pratiqué une hystérectomie subtotale, je m'aperçus, en rabattant l'épiploon au devant des anses grêles, qu'il existait un petit squirrhe du côlon transverse. Résection colique, suture bout à bout avec anus *in situ*. Fermeture secondaire de l'anüs. Guérison.

Je pense donc qu'il faut se méfier des accidents de subocclusion qu'on croit devoir attribuer à l'existence d'un fibrome enclavé. Il sera sage dans ce cas, l'hystérectomie terminée, d'explorer soigneusement le côlon; on pourra y découvrir la cause véritable de la sténose intestinale.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de cette double affection, c'est l'association des symptômes du fibrome de l'utérus et de ceux du cancer intestinal.

En présence d'un fibrome compliqué d'occlusion, on doit rechercher systématiquement dans les amamnétiques d'une part, et dans un examen objectif d'autre part, les signes du cancer de l'intestin.

Mais il arrive assez souvent que l'occlusion se manifeste d'une façon brutale sans être précédée de signes nets de cancer intestinal.

En pareil cas, la symptomatologie est beaucoup plus fruste et le diagnostic étiologique de l'occlusion fort difficile.

Il nous faut donc rappeler en quelques mots les signes habituels des cancers du gros intestin et aussi les symptômes de l'occlusion qui en est la conséquence.

Par contre, nous laisserons de côté la symptomatologie banale du fibrome utérin.

Nous attirerons simplement l'attention sur ce fait qu'en général le fibrome est assez volumineux, qu'il

est perceptible à la palpation abdominale. Parfois, il apparaît comme enclavé dans le petit bassin et en pareil cas, on a tendance à imputer l'occlusion à l'enclavement du fibrome. FORGUE pensait en effet, que le coincement brusque du rectum dans la concavité sacrée par suite de la bascule de la tumeur en arrière pouvait expliquer l'apparition d'une occlusion.

Mais comme l'a montré OKINCZYC cette hypothèse n'a pas jusqu'à présent été vérifiée par les faits.

Nous insisterons sur la symptomatologie actuellement bien classique, mais pourtant trop souvent méconnue, du cancer colique.

Nous envisagerons d'abord la symptomatologie du cancer non compliqué et ensuite celle de l'occlusion.

SYMPTOMATOLOGIE DU CANCER DU CÔLON

Voici les signes communs aux trois formes cliniques du néoplasme du gros intestin : cancers du côlon ascendant, du transverse et du descendant et nous insisterons sur les signes cliniques du cancer du côlon gauche et du cancer recto-sigmoïdien, le plus fréquent.

La constipation est le signe capital qui domine l'histoire des néoplasmes du côlon (OKINCZYC). On note des phénomènes de ténésme avec coliques et crampes intestinales.

À un degré de plus on a une phase d'obstruction chronique caractérisée par des alternatives de constipation et de diarrhée et qui aboutit à l'occlusion aiguë.

La douleur est un symptôme tardif et se manifeste par crises paroxystiques.

Les hémorragies rectales sont rares et se rencontrent seulement dans les variétés basses du cancer.

Il en est de même des écoulements de glaires et de mucosités purulentes. L'altération de l'état général, l'amaigrissement continu associé à une constipation opiniâtre avec un état de stercorémie plus ou moins important avec migraines, nausées, anorexie, constituent un signe de premier ordre en faveur d'un cancer du gros intestin.

Mais très souvent l'occlusion aiguë est la première manifestation du cancer (Obs. III).

Étudions donc rapidement les signes de l'occlusion aiguë.

L'occlusion aiguë et complète se caractérise par quatre symptômes principaux :

- 1° La douleur qui est constante;
- 2° Les vomissements qui sont tardifs (quarante-huit heures) dans l'occlusion du côlon.
- 3° L'arrêt des matières et des gaz;
- 4° Le ballonnement progressif du ventre.

Quelques signes généraux : faciès grippé, les yeux excavés, nez pincé, la cyanose des lèvres, le pouls petit et dépressible et la température normale ou abaissée.

Voici donc les symptômes qui peuvent nous mettre sur la voie du diagnostic que nous allons maintenant envisager.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'association d'une tumeur fibreuse de l'utérus et d'un cancer intestinal n'est pas aisé. Comme nous venons de le voir dans le chapitre de la symptomatologie, la plupart des symptômes d'un néoplasme du gros intestin sont masqués par ceux du fibrome et en présence d'une malade atteinte brusquement d'obstruction intestinale, on a tendance naturellement à accuser le fibrome d'agir par compression.

Et c'est pour cette raison que le diagnostic étiologique vrai de l'occlusion n'est fait la plupart du temps qu'au cours de l'intervention chirurgicale.

Mais le fibrome peut-il par compression provoquer une occlusion aiguë, vraie, complète avec arrêt des matières et des gaz?

Voici ce que OKINCZYK nous dit à ce sujet:

« Certes, les affirmations absolues sont dangereuses en clinique et je pourrais hésiter à dire que jamais un fibrome ne peut provoquer par compression d'occlusion aiguë; mais cependant, indépendamment de tous les fibromes que j'ai pu examiner sans intervenir ou sans les opérer moi-même, j'ai opéré *deux cent*

quarante fibromes utérins, simples ou compliqués et je n'ai jamais observé d'occlusion aiguë que dans les deux cas que j'ai rapportés ici : Or, dans ces deux cas, j'ai trouvé un *cancer colique* associé qui était la cause de l'occlusion. Je me demande donc si l'affirmation de cette possibilité de l'occlusion aiguë par *compression* ou *enclavement* n'est pas une de ces formules controuvées que chacun répète et reproduit indéfiniment dans chaque édition nouvelle des ouvrages didactiques sans en vérifier la valeur ». Avec OKINCZYC nous admettrons aussi qu'une compression large de l'intestin par une tumeur intrapelvienne peut provoquer de la rétention, de la stase, avec les troubles digestifs qui s'ensuivent, mais pas d'occlusion vraie, tant que le péritoine reste intact, tant que la tumeur ne subit pas de modification brusque de volume par hémorragie, inflammation ou torsion.

Donc, lorsque cliniquement un syndrome d'occlusion intestinale ne peut pas être rapporté directement au fibrome utérin, on doit songer à une complication en particulier au cancer du côlon, même si celui-ci ne s'est pas manifesté par les signes habituels des néoplasmes du gros intestin.

Dans les observations que nous rapportons, le diagnostic a été posé par le Chirurgien une fois avant l'opération et dans les autres cas au cours de l'intervention, mais le cas échéant, il pourrait être fait auparavant, plus souvent, si l'on y pensait et si l'état général de la malade le permettait.

Aussi, chez les femmes qui sont notoirement porteuses d'un fibrome et qui présentent en même temps

une constipation opiniâtre alternant avec des débâcles stercorales, de la fatigue et de l'amaigrissement, et surtout des signes d'obstruction chronique, nous conseillons de pratiquer un examen complet du tube digestif, de vérifier son intégrité, de rechercher aussi le sang dans les selles, de noter les émissions de glaires intermittentes.

On fera systématiquement :

- a) Le toucher rectal;
- b) La recto-sigmoïdoscopie, si possible;
- c) Un examen radiologique de tout le cadre colique, par lavement baryté et par ingestion d'une bouillie bismuthée.

L'image radiologique pour qui sait la lire peut donner à cet égard des indications intéressantes.

CHAPITRE V

PRONOSTIC

PRONOSTIC IMMÉDIAT

Le pronostic immédiat est à envisager surtout lorsque la malade est vue en état d'occlusion aiguë. Ce pronostic est relativement réservé, car on sait que dans l'occlusion aiguë, qu'elle qu'en soit la cause, du fait de la stercorémie, la mortalité n'est pas négligeable.

L'existence du fibrome peut parfois ajouter son coefficient de gravité personnelle surtout s'il entraîne des métrorragies abondantes.

PRONOSTIC ÉLOIGNÉ

C'est celui de toutes les tumeurs malignes du gros intestin : récurrence, généralisation presque constante à échéance plus ou moins lointaine. Ce pronostic est d'autant plus sombre qu'il s'agit de malades souvent âgées et ayant un état général déficient.

Nous signalerons que les malades dont nous avons rapporté les observations ont guéri opératoirement

sauf une (observ. IV) qui est morte quatre jours après l'intervention.

Les trois autres malades citées sont décédées après l'opération dans les délais suivants: Deux ans (Observation I); 4 ans (Observ. II; un an et sept mois, Observ. III.

CHAPITRE VI

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Nous avons cru rejeter à la fin de notre travail le chapitre de l'étiologie et de la pathogénie parce que ces deux questions prêtent particulièrement à discussion et sont encore à l'heure actuelle très controversées.

L'étiologie et la pathogénie de cette double affection est celle de toutes les néoplasies. Aussi, dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne pourrions qu'émettre des hypothèses plus ou moins plausibles en nous appuyant sur les théories concernant l'étiologie du cancer.

PREMIÈRE HYPOTHÈSE

Terrain prédisposé au développement des tumeurs:

Nous avons deux observations (I et II) où, en plus de l'association fibrome et cancer, on a constaté dans l'une un polype intra-utérin quelques années auparavant, et dans l'autre un kyste de l'ovaire concomitant.

Cette association soulève une question d'ordre général: c'est celle de la multiplicité des tumeurs dans

le même arganisme; ce qui semble indiquer une prédisposition au développement des néoplasmes.

D'après VERNEUIL cité dans la thèse de RICARD, toutes les tumeurs, quelle que soit leur structure, quelle que soit leur évolution, les plus malignes comme les plus bénignes, sont les produits de la même diathèse, la diathèse néoplasique. Pour soutenir cette conception, RICARD cherche à démontrer que les néoplasmes sont fréquemment multiples soit chez les mêmes individus, soit chez plusieurs individus de la même famille.

CRUVEILHIER, BARD, LETULLE, MÉNÉTRIER, SABBRAZÈS, etc..., admettent aussi la fréquence de l'association simultanée ou successive des tumeurs bénignes et des cancers.

BARD dans sa théorie de l'induction vitale dit: « Le cancer est une maladie à part, qui doit être considérée comme la manifestation d'un état morbide qui frappe les proliférations des cellules dans les causes intimes de leur harmonie ».

La cellule cancéreuse est une cellule qui a perdu la puissance de recevoir de l'extérieur les influences modératrices et cette incapacité devient héréditaire pour toute sa descendance.

DELBET s'oppose à cette conception; il déclare que si la multiplicité des tumeurs bénignes est fréquente, au contraire pour les tumeurs malignes l'unité est la règle.

La multiplicité serait fréquente dans tous les néoplasmes histioïdes, tandis qu'au contraire, elle est

extrêmement rare dans les néoplasmes embryonnaires.

Cette question est encore actuellement en discussion.

DEUXIÈME HYPOTHÈSE

De l'irritation dans la genèse des cancers. — On pourrait soutenir que la présence du fibrome produit d'une part une irritation de la paroi intestinale voisine et d'autre part, un état de stase habituelle de l'intestin qui favoriseraient sur cet organe la localisation du cancer. Ceci est d'autant plus plausible que (dans toutes nos observations) le fibrome est toujours le premier en date et par conséquent, son action a pu s'exercer pour favoriser l'apparition secondaire du cancer.

Certains auteurs, comme BOURGEOIS, ont insisté dans le même ordre d'idées sur la coexistence du fibrome et du cancer de l'utérus, et ont attribué à l'action irritative continue du premier l'apparition du second.

Des faits expérimentaux ont mis en évidence le rôle cancérigène de processus d'irritation chronique de tout ordre.

C'est la théorie irritative de VIRCHOW.

La théorie de la sélection cellulaire pathologique de MÉNÉTRIER est analogue. Cet auteur admet que sous l'influence d'irritations, longtemps prolongées, surviennent des modifications des tissus.

ORTH et MÉNÉTRIER ont étudié les altérations pathologiques viscérales qui peuvent servir de point de

départ aux néoplasmes. Ces états pré-cancéreux joueraient un rôle dans le déterminisme du cancer.

Sur cette conception sont bâties toutes les théories irritatives du cancer qui admettent qu'une tumeur maligne ne peut se développer que sur des tissus déjà lésés.

Mais alors comment expliquer les nombreux cas de cancers qui se développent en tissu sain?

Cette théorie irritative séduisante à certains points de vue est purement hypothétique et n'éclaire pas l'étiologie de la totalité des cancers intestinaux rencontrés en même temps que les fibromes.

Elle est soutenable à la rigueur pour les cancers recto-sigmoïdiens voisins immédiats de la tumeur fibreuse intrapelvienne, mais elle l'est moins pour les cancers développés à une distance considérable du fibrome, par exemple à l'angle splénique du côlon et sur le transverse.

Cependant, même dans ces derniers cas, la stase intestinale peut être invoquée comme cause favorisante du développement du cancer.

TROISIÈME HYPOTHÈSE

Coïncidence fortuite.

Etant donné le nombre réduit des observations de la coexistence d'une tumeur fibreuse de l'utérus avec le cancer du gros intestin, et si l'on songe au contraire à la fréquence de ces tumeurs rencontrées isolément, on pourrait se demander s'il ne s'agit pas simplement d'une coïncidence fortuite.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Quelle que soit sa fréquence, ou sa rareté, l'association du fibrome utérin et du cancer colique, soulève en tout cas un problème thérapeutique qu'il convient d'étudier.

Nous envisagerons plusieurs éventualités :

1° On a porté le diagnostic de cancer du côlon et de fibrome et il n'existe pas encore d'occlusion intestinale.

2° On se trouve en présence de subocclusion ou même d'occlusion aiguë, mais avec conservation d'un bon état général.

3° Il existe une occlusion aiguë avec altération déjà notable de l'état général due à la stercorémie.

I. — PREMIÈRE ÉVENTUALITÉ

On a porté le diagnostic de cancer du côlon et de fibrome et il n'existe pas encore d'occlusion intestinale.

Il est indiqué dans ce cas de faire une intervention large, le mode d'anesthésie est laissé à l'appréciation et à la préférence du chirurgien.

Après avoir fait une laparatomie médiane sous-ombilicale, on fera un examen systématique des lésions et de leur localisation. Cet examen pratiqué, on se trouve en présence de deux actes opératoires à accomplir :

a) Pratiquer une hystérectomie pour enlever le fibrome et dégager le champ opératoire (hystérectomie subtotale ou totale suivant le cas);

b) Faire la cure opératoire de la tumeur intestinale : Extériorisation, résection, dérivation interne in situ ou dérivation interne par entéro-anastomose.

II. — DEUXIÈME ÉVENTUALITÉ

On se trouve en présence de sub-occlusion ou même d'occlusion aiguë mais avec conservation d'un bon état général.

Nous conseillons comme mode d'anesthésie la rachianesthésie qui facilite les manœuvres opératoires. Rachi anesthésie haute, faite entre la deuxième et la troisième vertèbre lombaire, avec dix centigrammes de syncaïne dissoute extemporainement dans le liquide céphalo-rachidien.

Après avoir fait une laparatomie médiane sous-ombilicale et examiné systématiquement le gros intestin pour rechercher le cancer, la ligne de conduite s'orientera suivant les lésions constatées.

Si l'ablation du fibrome paraît facile on pratiquera l'hystérectomie suivie de l'établissement d'un anus iliaque.

Si, au contraire, l'hystérectomie paraît hérissée de difficultés, il est prudent de négliger le fibrome et de se contenter de faire une entérostomie sur le gros intestin.

Une fois l'état général redevenu meilleur, une réintervention peut s'imposer si la cure opératoire du néoplasme colique est possible.

III. — TROISIÈME ÉVENTUALITÉ

Il existe une occlusion aiguë avec altération déjà notable de l'état général due à la stercorémie.

Dans ce cas, faire d'emblée l'anús contre nature, intervention minima. En effet, le syndrome d'occlusion prime par sa gravité immédiate et c'est à lui seul qu'il faut s'attaquer.

Si l'état général est grave, avec hypotension, il faut se contenter pour réaliser cet anus iliaque de l'anesthésie locale.

Il faut insister sur la nécessité de faire usage dans ce dernier cas des injections intraveineuses de sérum salé hypertonique suivant la technique préconisée en France par GOSSET, BINET et PETIT-DUTAILLIS.

CHAPITRE VIII

CONCLUSIONS

1° De nos recherches dans la littérature médicale, il résulte que jusqu'à présent on doit considérer l'association d'un fibrome utérin et d'un cancer colique comme une rareté clinique.

2° La pathogénie de l'association du cancer colique et du fibrome utérin se résume en quelques hypothèses :

a) Le fibrome et le cancer constituant deux localisations différentes d'une même diathèse.

b) Le fibrome par l'irritation qu'il amène au niveau du côlon est une cause favorisante au développement du cancer intestinal.

c) Il y a coïncidence fortuite entre les deux lésions.

3° Le diagnostic clinique de la coexistence du fibrome de l'utérus et du néoplasme du côlon présente en pratique de grandes difficultés.

Nous conseillons au chirurgien de faire un examen systématique du gros intestin chez les fibromateuses lorsqu'il existe quelques troubles intestinaux même discrets.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une occlusion aiguë, il est évidemment difficile de par l'examen clinique de rapporter cette occlusion à sa véritable cause.

4° La conduite opératoire se présente de la façon suivante:

a) On a porté le diagnostic de cancer intestinal et de fibrome et il n'existe pas encore d'occlusion intestinale:

Faire l'hystérectomie et traiter la tumeur intestinale par le procédé adéquat.

b) On se trouve en présence de subocclusion ou même d'occlusion aiguë, mais avec conservation d'un bon état général.

Après la laparatomie médiane, exploratrice, sous rachi-anesthésie: si l'ablation du fibrome paraît facile, l'enlever, sinon se contenter d'un anus iliaque.

c) Il existe une occlusion aiguë avec altération de l'état général: faire d'emblée l'entérostomie sous anesthésie locale.

BIBLIOGRAPHIE

- BARD. — La pathogénie du cancer. Congrès de Chirurgie, 1894.
- De la coexistence de deux cancers primitifs sur le même sujet. *Archives générales de Médecine*, 1892, t. I, p. 54.
- La pathogénie du cancer et la lutte anticancéreuse. *Annales de Médecine*, 1923, t. XIII, p. 93.
- BENSAUDE et OKINCZYC. — Rétrécissements cancéreux multiples de la partie sous-diaphragmatique du tube digestif. *Archives de Médecine expér.*, juillet 1906.
- BINET. — Cancer du rectum; kyste ovarique; fibrome utérin et occlusion intestinale. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, 15 mars 1930, p. 525.
- La gynécologie indispensable. Méthodes actuelles d'examen et de traitement. Un vol. à l'expansion scientifique française, 1934.
- BOURGEOIS. — La coexistence de tumeurs fibreuses de l'utérus et du cancer de cet organe. Thèse de Lyon, 1897.
- DOUBRÈRE. — Torsion axiale d'utérus fibromateux. *Bull. et Mém. de la Société nat. de Chir.*, 5 juill. 1933, p. 1103.
- FORGUES et MASSABUAU. — Gynécologie, 1916.
- FORGUE et SOULAS. — Fibromes utérins et cancers épithéliaux cavitaires. *Paris Médical*, 20 déc. 1930, t. II, p. 540.
- GOSSET (A.) et PETIT-DUTAILLIS (D.). — La rechloration dans l'occlusion intestinale. *Bull. de la Soc. nat. de Chirurgie*, 19 nov. 1930, p. 129.
- OKINCZYC. — Fibrome de l'utérus et cancer sigmoïdien. *Bull. de la Soc. nat. de Chirurgie*, 19 févr. 1930, p. 251.

- Fibrome utérin et occlusion intestinale. *Bull. de la Soc. nat. de Chirurgie*, 29 mars 1933, p. 569.
- OZENNE (E.). — A propos des complications et du traitement des corps fibreux de l'utérus. *Paris Chirurgical*, 1917, t. VI, p. 723.
- Traitement chirurgical des fibromes de l'utérus; ces tumeurs doivent être considérées comme des tumeurs graves et non bénignes. *Bull. Soc. méd. du IX^e arr.*, 1900, p. 93.
- PAUCHET. — Traitement du cancer rectal adhérent à l'utérus. *Revue de Chirurgie*, Paris, LII, p. 675, nov. 1933.
- PELLANDA. — La mort par fibro-myome de l'utérus. Thèse de Lyon, 1905.
- POZZI. — Traité de Gynécologie, 1890, p. 248.
- VAUTRIN (A.). — Du traitement chirurgical des myomes utérins. Broch, Paris, 1886.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE PREMIER. — <i>Introduction et Historique</i>	11
CHAPITRE II. — <i>Observations</i>	15
CHAPITRE III. — <i>Symptomatologie</i>	29
CHAPITRE IV. — <i>Diagnostic</i>	33
CHAPITRE V. — <i>Pronostic</i>	37
CHAPITRE VI. — <i>Etiologie - Pathogénie</i>	39
CHAPITRE VII. — <i>Traitement</i>	47
CHAPITRE VIII. — <i>Conclusions</i>	47
BIBLIOGRAPHIE	49

Vu:

Nancy, le 28 Décembre 1934.

Le Président de Thèse,

MICHEL.

VU ET APPROUVÉ:

Nancy, le 5 Janvier 1935.

Le Doyen de la Faculté de Médecine.

L. SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:

Nancy, le 12 Janvier 1935.

Le Recteur de l'Académie,

L. BRUNTZ.

Président du Conseil de l'Université.

